

Perearsti roll väravavahina tulevikutervishoius – poolt ja vastu

Heidi-Ingrid Maaroos – TÜ arstiteaduskond



Prof Heidi-Ingrid Maaroos

Selle aasta lõpuks võtavad kõik Euroopa Liidu liikmesriigid üle direktiivi, mis võimaldab patsiendil saada vajaminevat tervishoiuteenust ükskõik millises Euroopa Liidu liikmesriigis. Sisuliselt tähendab selle direktiivi vastuvõtmine küll üle-euroopalise tervishoiusüsteemi loomist, kuid paljuski juhindutakse selles siiski patsiendi koduriigi tervishoiukorraldusest. Süsteemi toimimiseks on lisaks praktikutele ka teadlastel vaja pakkuda lahendusi, milline on ühtne toimiv tervishoiukorraldus, millised on vastastikküla mõistetavad diagnoosikriteeriumid, kuidas tagatakse uuringute ühtne kvaliteet ja ohutus, kuidas toimib elektrooniline infovahetus paljude eri paikades asuvate raviasutuste vahel jms. Tuleviku ühtses tervishoiusüsteemis ennustatakse perearstidele veelgi suuremat rolli kui praegu patsientide liikumise koordinaatoritena kogu Euroopas. Sellest on eelkõige huvitatud poliitikud, sest perearstidel kui väravavahitidel põhinev tervishoiukorraldus võimaldab vähendada üha kasvavaid tervishoiukulutusi. Perearstidel lasub enamikus Euroopa riikides, nii nagu ka Eestis, kohustus täita mitte ainult arsti rolli, vaid tagada patsientide uuringute ja edasisuunamise logistika koordineerimisega ka kogu süsteemi ressursside kasutamise otstarbekus.

Mitmes hiljutises teadusuuringus on analüüsitud diagnoosimist esmatasandi meditsiinis ja selle mõju patsientide haiguste kulule. Nende tööde tulemused osutavad, et täpset diagnoosimist ei seostata protseduuride tegemise kvantiteediga, vaid hoopis diagnostiliste uuringute hoolikalt mõtestatud järjekorra ning tulemuste õige tõlgendamisega (1–3).

Meditsiinis on viimasel aastakümnel toimunud tormiline areng: uus meditsiiniaparatuur võimaldab teha täpsemaid, aga kalleid uuringuid, samuti on arstide kasutuses geeniuuringud, biotehnoloogia ja e-tervise võimalused jm. Muutunud

on ka patsiendid: neil esineb sagedamini multimorbiidsust, kõrge eluea tõttu sageneb vähi esinemine, patsiendid on ise rohkem informeeritud ning nõudlikumad uuringule pääsemisel. Ei oleks põhjust arvata, et perearstid peaksid kõrvale jääma uutest meetoditest ning nende diagnostiline arsenal peaks olema pärit eelmisest sajandist. Samas aga on selge, et ilma läbimõeldud diagnoosimisstrateegiata esmatasandil muutuks meditsiin talumatult kulukaks. Kuidas ka ei loodetaks, et haiguste tõhus ennetus hakkab toimima, jääb ka perearstide põhiliseks ja kõige olulisemaks ülesandeks ikkagi diagnoosida ja ravida patsiendi haigusi ning teha seda võimalikult varakult. See kehtib kõikide haiguste kohta. Teadlased on diagnoosimise tõhususe uuringute objektiks valinud vähi kui sagedase ja samas raskesti diagnoositava haiguse (1–3).

Esmase diagnoosimise kiirust on analüüsitud vähi diagnoosimise näitel üle-euroopalistes uuringutes ja vähi diagnoosimise õigeaegsus ei ole paraku kasvanud võrdeliselt tänapäevaste uurimismeetodite arenguga ning selle üheks põhjuseks peetakse piiranguid, mis on seatud perearstidele. Ulatuslikud uuringud Euroopas käsitlevad vähi diagnoosimise õigeaegsust perearsti praksistes ja elulemust seoses perearstide väravavahifunktsiooniga (1, 2). Üle 13 000 erineva lokaliseerimisega vähi diagnoosiga patsiendi andmete analüüsil selgus, et perearstid suudavad enamasti (82%-l juhtudest) esimesel või teisel visiidil selekteerida oma patsientide hulgas vähikahtlusega haiged ning suunata nad uuringutele või konsultatsioonile. Siiski hilines 18%-l patsientidest vähi diagnoos, sest selle varajasi staadiume oli raske avastada. Nende hulka kuulus palju kopsuvähiga ja müeloomiga patsiente, sest nende haiguste sümptomid on sageli ebatüüpilised.

Ebatüüpiliste kaebustega haigetele üldjuhul kohe täpsemaid uuringuid teha pole

otstarbekas ja on loomulik, et uuringute n-ö roheline tee on patsientidele, kellel on välja kujunenud haigussümptomid. EUROCARE-4 raames uuriti 19 Euroopa riigis erinevate lokaliseerimisega vähi diagnoosimist ja ühe aasta elulemust. Leiti, et elulemus oli väiksem neis maades, kus perearstidel oli värvavahifunktsioon. Järeldatakse, et olukorras, kus perersti kasutatakse patsientide selekteerijana edasisteks uuringuteks ja konsultatsioonideks, s.t tal on värvavahi roll, puudub tal tegelikult võimalus kasutada õigel ajal kõige täpsemad uuringuid ja suunata patsienti kiiresti ja sobivalt edasi. Kui seni peeti perearsti värvavahirolli süsteemi tugevuse tunnuseks, siis nüüd on hakatud tähelepanu pöörama ka sellise patsientide liikumise korralduse puudustele. Seepärast soovitatakse perearste tervishoiusüsteemis rohkem toetada ja vähendada kehtivaid piiranguid vajalike uuringute tegemiseks (1, 2). Püütakse leida, millisel määral suurendada perearstide juurdepääsu kõige uuematele ja informatiivsematele uuringutele ning kuidas peaks toimuma patsientide valik õige diagnoosini jõudmiseks. Suurt tähelepanu pööratakse ka testidele (*point of care tests*, POCT), mida saab teha praktilises kohapeal ning mis annavad olulist infot patsientidega edasiseks tegelemiseks. Kahjuks selliseid väga informatiivseid POC-teste, mis sobiksid vähi avastamiseks, seni perearstidele pakkuda pole.

Haiguse avastamise efektiivsus paraneb, kui diagnoosimisel juhindutakse vähi riskiteguritest, näiteks patsientide vanusest, elustiilist, haiguste perekondlikust esinemisest, kaebustest, haiguse sümptomitest. Uuringute laialdasem kasutamine ja kättesaadavuse suurendamine ilma eelneva patsientide selektsioonita ning teatud juhtudel isegi patsientide endi valikul, ei parandaks vähi diagnoosimise kvaliteeti. Refereeritud teadusartiklites esitatakse tõendus põhise diagnoosimise meetodina esmatasandi tervishoiu aja efektiivset kasutamist (*time efficiency*) (3) ehk strateegiat, mille korral esimesel vastuvõtul mittespetsiifiliste kaebuste esinemise puhul ei võeta vastu diagnosti-

list otsust, vaid täpsustatakse patsientide riskitegureid, jälgitakse sümptomite kulgu, tehakse võimalusel POC-test ja nõustatakse patsienti. Iseparanevate haiguste puhused mittespetsiifilised kaebused võivad iseeneslikult mööduda. Sõelale jäänud patsientide diagnoosi täpsustamine jätkub edasiste uuringute või suunamisega eriarstide konsultatsioonile. See tegevus peaks olema sujuv, kuid üha enam osutatakse süsteemist tulenevale viivitusele perearsti otsuse ja uuringu tegemise vahel. Paljudel juhtudel toimib värvavahisüsteem topelt: algul leiab aset esmakontakt perearstiga, aga hiljem pika järjekorras olemise järel uus kontakt kitsamate erialade arstidega vaid uuringu määramiseks (1). Endastmõistetavalt ei lähtuta aja efektiivse kasutamise strateegiast erakorralistel juhtudel ning väga ilmsete haigustunnuste esinemise korral (3).

Küllap pole aeg küps selleks, et perearsti roll värvavahina peaks täielikult kaduma, aga ilmselt mingid muutused on vajalikud. Positiivne areng on patsientide liikumise koordineerimine ja paljude probleemide lahendamine esmaasandil. Pigem oleks vaja üldsusele rohkem teadvustada, et aja tõhus kasutamine ja korduv ebatüüpiliste kaebustega patsiendi läbivaatus enne süva-uuringuid on perearstide professionaalse diagnoosimise meetod, mitte vastutusest või uuringutest loobumine. Kindlasti on aga vaja leevendada seni kehtivaid piiranguid ja suurendada perearstide võimalusi kasutada tänapäevaseid uuringu- ja ravimeetodeid, kui patsientide tervises seisund seda nõuab. Ainult selliselt saab perearst täita endale delegeeritud rolli ka tuleviku Euroopa tervishoiusüsteemis.

KIRJANDUS

1. Vedsted, P, Olesen, F. Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study. *Br J Gen Pract* 2011;61:508–12.
2. Lyratzopoulos G, Abel GA, McPhail S, Neal RD, Rubin GP. Measures of promptness of cancer diagnosis in primary care: secondary analysis of national audit data on patients with 18 common and rarer cancers. *Br J Cancer* 2013;108:686–90.
3. Irving G, Holden J. The time-efficiency principle: time as the key diagnostic strategy in primary care. *Fam Pract* 2013; doi: 10.1093/fampra/cmt007.

heidi-ingrid.maaroos@ut.ee